

Meralgia parestésica na infância

Relato de caso

Carlos Umberto Pereira, Ednaldo Monteiro Fontes Segundo,
João Ferreira Alves, Walney Carvalho dos Santos

Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE

RESUMO

A meralgia parestésica tem sido observada em crianças. Sua etiologia é variada e o tratamento, na maioria dos casos, é conservador. Os autores discutem suas causas, meios de diagnóstico, tratamento e prognóstico.

PALAVRA-CHAVE

Meralgia parestésica.

ABSTRACT

Meralgia paresthetica in childhood. Case report.

Meralgia paresthetica has been observed in children. It is presented a case of a ten year-old child which developed meralgia paresthetica following a fall. The patient showed a good recovery after conservative treatment.

KEYWORDS

Meralgia paresthetica.

Introdução

Meralgia parestésica, ou síndrome de Bernhardt-Roth, é uma neuropatia de causas traumática e metabólica que acomete o nervo cutâneo lateral da coxa. O comprometimento unilateral desse nervo ocorre em 80% dos casos e, em 20%, é bilateral^{8,9,15,19,20}. A doença caracteriza-se, principalmente, por parestesia e transtornos sensitivos (anestesia ou hiperestesia) na região ântero-lateral da coxa e tem como fator desencadeante mais importante a compressão ou tração desse nervo^{15,16,19}.

Os autores descrevem um caso de meralgia parestésica em uma criança do sexo masculino, com 10 anos de idade, vítima de queda da própria altura, que desenvolveu parestesia na face anterior da coxa direita. Foi submetida a tratamento conservador, com recuperação total. São descritas suas causas, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

batendo com a coxa direita em um obstáculo; sentiu dor na coxa no momento do trauma. Quatro dias após o trauma, começou a sentir “formigamento” na face anterior da coxa; fez uso de analgésicos simples por 48 horas e não obteve melhora, sendo encaminhado ao ambulatório de neurocirurgia para avaliação especializada.

Exame neurológico: orientado, força muscular normal nos membros inferiores; reflexos profundos (patelar e aquileu) normais; hipoestesia tátil e dolorosa na face anterior da coxa; ausência de alterações esfinterianas.

Radiografia da coluna lombossacra: bacia e coxa direita normais.

Impressão diagnóstica: compressão traumática do nervo cutâneo lateral da coxa direita.

Foi submetido a tratamento com complexo B, anti-inflamatórios não-hormonais e fisioterapia motora. Após dez dias de tratamento, retornou ao nosso ambulatório, sem queixas de dormência na face anterior da coxa direita.

Relato do caso

D.M.P., sexo masculino, 10 anos de idade. Segundo a genitora, o menor sofreu queda da própria altura,

Discussão

O nervo cutâneo lateral da coxa tem função exclusivamente sensitiva, é originário dos segmentos L2 e L3,

sendo também relatada a participação de L1, do plexo lombar. No seu trajeto, depois de emergir da coluna lombar, passa por baixo da fáscia ilíaca, sai ao nível da espinha ilíaca ântero-superior, desce na coxa abaixo da fáscia lata e divide-se em dois ramos: o ramo posterior tem trajeto oblíquo para trás, através da fáscia lata, e transmite a sensibilidade cutânea da região superior externa das nádegas. O ramo anterior, que é mais importante em termos clínicos, atravessa a fáscia lata em um pequeno canal fibroso, cerca de 10 cm abaixo do ligamento inguinal, e transmite a sensibilidade da pele da superfície externa da coxa^{1,6,7,8,9,15,19}.

As causas mais comuns de meralgia parestésica são de origem mecânica, que podem, freqüentemente, levar à compressão ou tração do nervo cutâneo lateral da coxa, pois esse nervo é superficial e faz um longo trajeto intra-abdominal. Sendo assim, o uso de calça *jeans* e cinto apertados, osteotomia pélvica de Chiari, fratura da pelve, trauma na região inguinal ou da coxa, obesidade, ascite, tração ou lesão durante atos cirúrgicos na região inguinal e cicatrizes cirúrgicas na região abdominal podem desencadear essa neuropatia^{7,8,11,15,16,20}. Além disso, menos freqüentemente, o nervo é suscetível, ao longo de seu trajeto, a outras enfermidades, como: compressões discais, tumores espinhais, espasmos do músculo psoas, processos inflamatórios ou tumorais na região do ceco, apêndice vermiforme e cólon sigmóide podem acometer as regiões pélvicas próximas ao seu trajeto^{3,8,15,20}.

Os sintomas mais comumente presentes nos casos de meralgia parestésica variam desde a hiperestesia à anestesia total no território inervado pelo nervo cutâneo lateral da coxa. É comum o relato de sensações de queimação local, formigamento, sensação de calor ou frio, descarga elétrica, agulhadas e dormência parcial ou total^{1,6,8,9,12,18,19,20}. Todos esses sintomas são exacerbados por esforços físicos como deambulação, corridas e movimentos para manobrar veículos e, também, por contato com as vestes, ou são desencadeados espontaneamente, melhorando com o repouso e a administração de analgésicos²⁰.

Uma anamnese bem dirigida e o exame físico são importantes para o diagnóstico. O exame físico deve incluir a estimulação da área sintomática com toques suaves e pequenas alfinetadas, assim como a estimulação por palpação forçada ao longo do ligamento inguinal e cintura pélvica, que podem reproduzir os sintomas relatados. Não há fraqueza muscular, nem déficit de reflexos, e é possível observar, com freqüência, perda de pêlos na região, por causa do constante ato do paciente de arranhar a cutis²⁰. Outros meios de diagnóstico mais sofisticados são importantes para auxiliar no diagnóstico diferencial: tomografia computadorizada de coluna lombossacra, eletroneuromiografia e ressonância magnética nuclear podem ser utilizados

para diferenciar meralgia parestésica de uma hérnia discal lombar ou de uma neuropatia femoral. O diagnóstico preciso da meralgia parestésica é fundamental para o tratamento definitivo^{15,20}.

O tratamento de meralgia parestésica pode ser clínico e/ou cirúrgico. Entretanto, em grande parte, os sintomas desaparecem espontaneamente em algumas semanas ou após o afastamento do fator desencadeante, adotando-se medidas como parar de usar cintos apertados e evitar a deambulação excessiva^{15,20}. O tratamento clínico é realizado por hipotermia local, com a aplicação de gelo três vezes ao dia, a administração de antiinflamatórios não-esteroidais por 7 a 10 dias, glicocorticóides, analgésicos e infiltração local de xilocaína a 1%^{13,20}.

Recentemente, tem sido usada a capsaicina, que é um produto natural derivado de plantas, que promove dessensibilização da região afetada. Isso é conseguido com a redução da área de queimação produzida pela histamina e depleção ou prevenção de acúmulo de substância P nos neurônios sensoriais, que se relacionam com a transmissão de dor, promovendo, assim, alívio ou anulação dos sintomas^{4,5,10,14,17}. No tratamento cirúrgico, pode-se intervir por meio de transecção total ou descompressão cirúrgica do nervo cutâneo lateral da coxa na região comprometida. A neurólise tem sido menos eficiente que a transecção do nervo no tratamento de meralgia parestésica^{2,14,18,20}. Nosso caso, em especial, foi submetido a tratamento clínico (antiinflamatórios não-hormonais, complexo B e fisioterapia), com resultado excelente. O prognóstico dessa afecção tem sido considerado bom na maioria dos casos^{1,8,9,13,14,18,19,20}.

Referências

1. ADELSON R, STEVENS P: Meralgia paresthetica in children. *J Bone Joint Surg* 7:993-8, 1994.
2. ALDRICH EF, Van Den HEEVER CM: Suprainguinal ligament approach for surgical treatment of meralgia paresthetica. *J Neurosurg* 70:492-4, 1989.
3. AMOIRIDIS G, WOHRLE J, GRUNWALD I, PRZUNTEK H: Malignant tumor of the psoas: Another cause of meralgia paresthetica. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 33:109-12, 1993.
4. BERNSTEIN JE: Capsaicin and substance P. *Clin Dermatol* 9:497-503, 1991.
5. CAPPUGI P, TSAMPAU D, LOTTI T: Substance P provokes cutaneous erythema and edema through a histamine-independent pathway. *Int J Dermatol* 31:206-9, 1992.
6. CHHUTTANI PN, CHANLA LS, SHARMA TD: Meralgia paresthetica. *Acta Neurol Scand* 42:483-90, 1966.
7. DONELL ST, BARRETT DS: Entrapment neuropathies. 2. Lower limb. *Br J Hosp Med* 46:99-101, 1991.

8. EDELSON JG, NATHAN H: Meralgia paresthetica. An anatomical interpretation. Clin Orthop Relat Res 122:255-61, 1977.
9. KEEGAN JJ, HOLYOKE EA: Meralgia paresthetica. An anatomical and surgical study. J Neurosurg 19:341-5, 1962.
10. LYNN B: Capsaicin: Action on C fibre afferents that may be involved in itch. Skin Pharmacol 5:9-13, 1992.
11. MACNICOL MF, THOMPSON WJ: Idiopathic meralgia paresthetica. Clin Orthop 254:270-4, 1990.
12. MASSEY EW, PELLOCK JM: Meralgia paresthetica in a child. J Pediatr. 93:325-6, 1978.
13. PRABHAKAR Y, BAHADUR RA, MOHANTY PR, SHARMA S: Meralgia paraesthetica. J Indian Med Assoc 87:140-1, 1987.
14. PUIG L, ALEGRE M, De MORAGAS JM: Treatment of meralgia paresthetica with topical capsaicin. Dermatology 191:73-4, 1995.
15. RINKEL GJE, WOKKE JHJ: Meralgia paraesthetica as the first symptom of a metastatic tumor in the lumbar spine. Clin Neurol Neurosurg 4:365-7, 1990.
16. RYDEVIK B, NORDBORG C: Changes in nerve function and nerve fibre structure induced by acute, graded compression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 43:1070-82, 1980.
17. SIMONE DA, OCHOA J: Early and late effects of prolonged topical capsaicin on cutaneous sensibility and neurogenic vasodilation in humans. Pain 47:285-94, 1991.
18. Van EERTEN P, POLDER TW, BROERE CAJ: Operative treatment of meralgia paresthetica: Transection versus neurolysis. Neurosurgery 37:63-5, 1995.
19. WEIKEL AM, HABAL MB: Meralgia paresthetica: A complication of iliac bone procurement. Plast Reconstruct Surg 60:572-4, 1977.
20. WILLIAMS PH, TRIZIL KP: Management of meralgia paresthetica. J Neurosurg 74:76-8, 1991.

*Original recebido em novembro de 1999
Aceito para publicação em março de 2000*

Endereço para correspondência:

*Carlos Umberto Pereira
Av. Augusto Maynard, 245/404
CEP 49015-330 – Aracaju, SE
E-mail: umberto@infonet.com.br*